

I.D.

SCHEDA DI ISCRIZIONE

Valida ai fini del Progetto ECM

MEETING INTERDISCIPLINRE SIA
IL RISCHIO TROMBOEMBOLICO NELLA CHIRURGIA ORTOPEDICA
SIMPOSIO MULTIDISCIPLINARE SULLA MEDICINA
E TRAUMATOLOGIA DELLO SPORT

Cognome

Nome

Professione (Laurea)

Incarico/Ruolo

Disciplina (Specializzazione)

Codice Fiscale

Luogo e data di nascita

il / /

Sede di lavoro

Indirizzo Via

Cap

Città

Provincia

Indirizzo abitazione

Cap

Città

Provincia

Telefono lavoro

Telefono abitazione

Fax

Cellulare

E-mail

Il sottoscritto autorizza l'inserimento dei dati personali nell'archivio della società Informatics & Communication S.r.l. e dell'Associazione SIA (Associazione Italiana di Artroscopia), in conformità della normativa 675/96 sulla Privacy, dati che saranno utilizzati per invio di informazioni sui servizi e/o per elaborazioni amministrative.

Autorizzo le suddette società a gestire i dati secondo gli scopi per cui essi sono forniti, ivi compresa la cessione ad eventuali terzi.

Data

Firma

N.B. I campi in grassetto sono necessari per la richiesta di accreditamento, se non risulteranno compilati i crediti non potranno essere convalidati.